



DoctorRiders

Ogólnopolski Klub Motocyklowy Lekarzy

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
ul. Czerwona 3, 93-005, Łódź

DEKLARACJA PRZYNALEŻNOŚCI CZŁONKA

Ja

Urodzony (rrrr)r.

oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie jestem pozbawiony praw publicznych,
- jestem lekarzem/lekarzem dentystą,
- posiadam uprawnienia (prawo jazdy kategorii A1, A2, lub A) do kierowania motocyklem i z niego korzystam,
- posiadam motocykl i/lub motocykl typu trajk/trike

i wobec tego:

1. wnoszę o wnoszę o przyjęcie mnie do Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” jako członka,
2. zobowiązuję się do:
 - a) przestrzegania Statutu Klubu,
 - b) regularnego opłacania składek,
 - c) czynnego uczestnictwa w pracach i spotkaniach klubowych,
 - d) godnego reprezentowania barw Klubu „DoctorRiders”.

Dane osobowe:

Nick:Obywatelstwo:

Numer PWZ: Specjalizacja:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Miejscowość zamieszkania.....

Miejsce pracy.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji dla potrzeb organizacyjnych Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” w związku ze zrzeczeniem się w tym Klubie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Zostałam/zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Data

Podpis